FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 — THÈSE — N°. —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

DUHAMEL

Né à Brest le 19 février 1877.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SARCOME DE LA PAROTIDE

Président : M. TILLAUX, professeur.
Juges : MM. KIRMISSON, professeur.
DELBET et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
JOUVE & BOYER
Imprimeurs de la Faculté de Médecine
15, Rue Racine, 15

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 4 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

DUHAMEL

Né à Brest le 19 février 1877.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

SARCOME DE LA PAROTIDE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.

DELBET et LEGUEU, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, Rue Racine, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Hstoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN JACCOUD HAYEM DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	BERGER DUPLAY LEDENTU TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA TOURETTE	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques .... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Introduction, Historique, Division

Durant notre dernière année d'études médicales, notre attention fut attirée tout particulièrement sur un malade du service de M. le Professeur Le Dentu à l'hôpital Necker; il s'agissait d'un cas typique de sarcome encéphaloïde de la parotide qui devait nous inspirer l'idée de notre thèse, d'abord à cause de sa rareté et aussi parce qu'il nous fut possible de l'observer avec une rigueur pour ainsi dire parfaite.

Les sarcomes de la parotide ont été méconnus pendant fort longtemps ; à cause de leur mobilité qui est la règle, du moins à leur début, et à cause de leur forme irrégulière, on les prenait pour des tumeurs ganglionnaires. Telle était, vers le milieu de ce siècle, l'opinion de Boyer et Velpeau.

Un peu plus tard, Cruveilhier soutenait une opinion analogue lorsqu'il prétendait que les tumeurs développées au niveau de la région parotidienne, et appelées à tort tumeurs parotidiennes, étaient en réalité absolument indépendantes de la glande parotide, qui avait une situation pro-

fonde, tandis qu'elles avaient une situation superficielle. Dolbeau, un des premiers, rechercha soigneusement l'origine des sarcomes et enseigna que leur point de départ devait se trouver le plus souvent dans les cloisons qui séparent les différents lobules de la glande.

Virchow, Verneuil, Planteau (1) émirent une théorie analogue et l'appuyèrent de nombreux faits.

A cette époque, beaucoup de chirurgiens niaient l'existence du sarcome proprement dit de la parotide, et il fallut attendre l'apparition du mémoire de Kaufmann pour être définitivement fixé à ce sujet.

Un peu plus tard, en 1885, Pérochaud, dans sa thèse, publiait 2 cas absolument indiscutables de sarcomes proprement dits de la parotide.

Cinq ans après, en 1890, Rodriguez prenait pour sujet de sa thèse l'étude générale des sarcomes purs de la parotide.

Enfin, pour être à peu près complet, signalons les articles de Chrétien, dans le Dictionnaire des sciences médicales; de Hartmann. dans le Traité de Chirurgie Duplay et Reclus, et de Morestin dans le Traité de Chirurgie Le Dentu et Delbet.

Nous rappellerons également, pour terminer ce dernier chapitre, la remarquable leçon clinique du Professeur Le Dentu sur les sarcomes de la parotide publiée en 1892 ; une revue générale de M. J.-L. Faure parue en 1895 dans

(1) Planteau. — Thèse Paris 1876.

la Gazette des Hôpitaux, et enfin un remarquable mémoire de M. le Professeur Berger, qui à propos des tumeurs palatines, aborde aussi la question des tumeurs des glandes salivaires.

Quant à nous, dans notre modeste travail, nous étudierons d'une manière générale les sarcomes de la parotide. Sous ce titre, nous décrirons surtout les sarcomes parotidiens proprement dits, c'est-à-dire, les sarcomes purs ; mais nous serons également entraînés à parler des tumeurs mixtes à évolution sarcomateuse, qu'il est pour ainsi dire impossible aujourd'hui de séparer nettement des précédentes.

Quoi qu'il en soit, nous avons adopté pour notre thèse la division suivante :

CHAPITRE I. — *Etiologie ;*
CHAPITRE II. — *Anatomie pathologique ;*
CHAPITRE III. — *Symptômes et complications ;*
CHAPITRE IV. — *Formes ;*
CHAPITRE V. — *Evolution. Pronostic ;*
CHAPITRE VI. — *Diagnostic ;*
CHAPITRE VII. — *Traitement.*

Nous plaçant principalement au point de vue clinique et thérapeutique, nous passerons très rapidement sur les deux premiers chapitre, qui dans ce cas n'ont en somme qu'un intérêt secondaire, nous réservant d'insister au contraire tout particulièrement sur les autres.

Mais avant d'entrer en matière, nous profiterons de l'occasion qui nous est donnée, pour remercier nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes de leur précieux enseignement.

M. le Docteur Aubrée, professeur de clinique chirurgicale, n'a pas cessé de nous honorer de sa confiance pendant que nous étions interne dans son service ; qu'il veuille accepter ici l'assurance de notre très sincère reconnaissance.

Nous n'oublierons pas les bonnes leçons cliniques de MM. les Docteurs Delacour, Perret, Bertheux et Dayot, qu'ils reçoivent ici tous nos remerciements. Nous nous souviendrons toujours également que MM. les Docteurs Perrin de la Touche, Lhuissier et Lautier nous ont rendu agréable l'étude de l'histologie et de l'anatomie.

M. le D[r] Lefeuvre a su nous intéresser à la physiologie et nous a souvent témoigné un vif intérêt, nous lui en garderons une entière reconnaissance.

M. le Professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre sincère gratitude.



Etiologie

La fréquence relative des sarcomes est variable suivant les auteurs que l'on consulte ; c'est ainsi que pour Büss, 3 fois sur 4 environ, les tumeurs parotidiennes seraient des sarcomes, tandis qu'au contraire pour Wyeth (1), la proportion serait à peine de 11 pour 100.

Ajoutons enfin que les sarcomes purs sont excessivement rares et que dans presque tous les cas il s'agit de sarcomes mixtes.

Exceptionnellement la tumeur est bilatérale et quand elle est unilatérale, elle semble siéger plus volontiers à gauche qu'à droite.

L'hérédité paraît ne jouer aucun rôle, bien que dans quelques rares observations le néoplasme soit signalé parmi les antécédents héréditaires (2).

Le sexe ne semble pas avoir non plus une grande influence, comme le prouvent les contradictions des auteurs à ce sujet, C'est ainsi par exemple, que, dans sa

(1) Wyeth. — Text book on surgery, 1886.
(2) Voir observation personnelle.

thèse, Rodriguez prétend que le sarcome de la parotide s'observe 2 fois plus fréquemment chez l'homme que chez la femme, tandis que la plupart des autres auteurs soutiennent une opinion absolument opposée.

L'âge au contraire doit être pris en grande considération au point de vue qui nous occupe.

Les différents traités de chirurgie (Duplay et Reclus, Le Dentu et Delbet, quatre agrégés) sont en effet tous d'accord pour admettre que les sarcomes de la parotide se développent surtout chez « les sujets jeunes et adultes ».

Rodriguez, dans sa thèse, donne à ce sujet l'intéressant tableau suivant qui porte sur 17 cas où l'âge était indiqué :

10 à 20 ans	6 cas
20 à 30 ans	5 cas
30 à 40 ans	3 cas
40 à 50 ans	2 cas
50 à 60 ans	1 cas

Les traumatismes, les inflammations antérieures, paraissent avoir une influence à peu près nulle sur la production des tumeurs qui nous occupent, mais peuvent en revanche hâter le développement de celles-ci lorsqu'elles sont déclarées. Il en est de même de la grossesse.



Anatomie Pathologique

Les sarcomes de la parotide ont une grosseur extrêmement variable suivant les cas ; c'est ainsi par exemple que le volume signalé est parfois celui d'une noix, et que dans d'autres cas il est comparé à celui d'une tête d'adulte.

La consistance, également très variable, est cependant d'une façon générale assez molle, et il n'est pas rare de constater de la pseudo-fluctuation.

La coloration est habituellement rouge grisâtre, sauf dans le cas de sarcome mélanique où elle est gris noirâtre.

Ces tumeurs sont, au début, toujours encapsulées, à moins qu'il ne s'agisse de sarcome mélani que auquel cas l'encapsulement est très rare. Mais, à la longue, des adhérences plus ou moins intimes se créent entre la tumeur et les parties voisines. C'est ainsi qu'on a signalé, par exemple, des adhérences avec les muscles masséter, ptérigoïdien externe, digastrique et sterno-cléïdo-mastoïdien, avec l'os maxillaire inférieur et la base du crâne, avec le pharynx, avec la carotide externe, la jugulaire externe, etc.

L'engorgement ganglionnaire, fréquent dans le cas de sarcome mélanique, est tout à fait exceptionnel dans les autres variétés de sarcomes.

La généralisation est également très rarement signalée; les viscères atteints de préférence dans ce cas sont les poumons.

Au point de vue histologique, Chrétien décrit le sarcome de la parotide sous 3 formes :

Sarcome fasciculé.
Sarcome encéphaloïde.
Sarcome mélanique.

« Le premier, étudié par Billroth, Després, Robin, est peu lobulé, forme une tumeur généralement circonscrite, de consistance ferme, ne donnant pas de suc au râclage....

« Le sarcome mélanique a été vu dans la parotide par Lannelongue, Després, Dolbeau ; à l'inverse du sarcome fasciculé, il évolue assez rapidement, se ramollit par place, contracte des adhérences avec la peau, s'ulcère et donne lieu à un retentissement ganglionnaire.

Au microscope on trouve la matière mélanique assez abondante pour masquer par place les éléments fusiformes. Dans les points où son accumulation est moins considérable, on peut voir qu'elle siège réellement dans le protoplasma des cellules fusiformes. » (1.)

Quant au sarcome encéphaloïde pur, appelé encore tu-

(1) Chrétien : Dict. encyclopédique des sciences médicales. Art. Parotide.

meur embryoplastique, Chrétien n'en nie pas l'existence, mais il prétend n'en avoir jamais observé de cas, et affirme qu'il doit être tout à fait exceptionnel.

Ce dernier auteur insiste également dans son travail, sur certains caractères communs aux différents sarcomes parotidiens ; « En même temps que le tissu conjonctif interracineux donne naissance à des éléments nouveaux et d'un caractère se rapprochant plus ou moins de la forme embryonnaire, l'épithélioma des culs de sac glandulaires voisins ne reste pas inactif. Il prolifère aussi de son côté, d'où bientôt la formation de bourgeons épithéliaux venant compliquer l'aspect de la tumeur et s'étendre plus ou moins loin dans la trame (1) ».

Rodriguez, dans sa thèse, reproduit en partie la description de Chrétien, mais affirme avec raison que ce dernier auteur se trompe lorsqu'il prétend que le sarcome encéphaloïde est tout-à-fait exceptionnel. En effet dans les 27 observations rapportées par Rodriguez, l'examen histologique 12 fois pratiqué minutieusement a donné les résultats suivants :

Sarcome encéphaloïde (globo cellulaires, sarcomes purs) 5 cas.

Sarcome à cellules fusiformes (fasciculés) 4 cas.

Sarcome pur sans autre désignation, 2 cas.

Sarcome à la fois globo-cellulaire et à cellules fusiformes, 1 cas.

(1) Chrétien. — Loco citato.

Symptômes, Complications

Pour la commodité de la description classique, nous distinguerons ici trois périodes :

1° Une période de début pendant laquelle la tumeur n'est pas encore visible ;

2° Une période d'état ou de tumeur ;

3° Une période de cachexie ou de terminaison.

1° *Période de début.* — On peut dire que cette période passe toujours inaperçue ; en effet à ce moment la tumeur n'est pas encore visible extérieurement et les signes fonctionnels font habituellement complètement défaut.

Cependant, dans certains cas exceptionnels (1), des douleurs insolites peuvent précéder l'apparition de la tumeur et éveiller l'attention du clinicien.

Dans notre observation, ces douleurs siégeaient exactement au niveau de la région parotidienne et s'irradiaient de cette région vers l'oreille et surtout vers la mâchoire inférieure.

(1) Voir observation personnelle et obs. XV de la thèse de Rodriguez.

Elles survenaient d'une façon intermittente et présentaient une acuité variable suivant les cas. En général, d'après le malade lui-même, elles étaient très supportables. Comme ce dernier avait de mauvaises dents, dont la carie était assez avancée, les douleurs en question furent considérées longtemps comme de simples névralgies dentaires, mais il est plus que probable, vu leur siège, leur persistance et leur augmentation d'intensité, que ces douleurs parotidiennes étaient bien sous la dépendance de la tumeur en évolution, bien que n'étant pas encore assez développée pour être visible à l'extérieur.

Quoiqu'il en soit, à part quelques cas exceptionnels, les symptômes de la période de début font presque toujours défaut, et ce n'est que lorsque sa tumeur présente déjà un certain volume que le malade se décide enfin à aller consulter un médecin.

2° *Période d'Etat.* — « Suivant que l'affection a son point de départ dans les grains glanduleux superficiels ou dans le centre même de la glande, on observe une petite tumeur mobile sous la peau et sur les parties profondes, ou bien une tuméfaction mal circonscrite, profonde, peu mobile..... La tumeur grossit très lentement, elle met des semaines, des mois et même des années à acquérir le volume d'une noix ou d'un œuf de pigeon. Chez les femmes, au moment de la menstruation et surtout pendant la grossesse, elle est soumise à des poussées qui la font généralement augmenter de volume » (1).

(1) Duplay. — Traité de chirurgie. Art. sarcomes de la parotide.

Comme le fait remarquer M. Morestin (1), la tumeur occupe généralement la partie postérieure de la région parotidienne, et se trouve située au-dessous du lobule de l'oreille, derrière l'angle de la mâchoire, sur l'apophyse mastoïde : « Quand elle est d'un notable volume, elle s'approprie pour ainsi dire les téguments du lobule de l'oreille qui s'étalent à sa surface. C'est là un simple fait de distension mécanique qui pourtant a surpris un certain nombre de cliniciens. » (2).

La tumeur n'a pas beaucoup de tendance à se porter en avant vers la joue ; elle se porte surtout volontiers en bas et en arrière.

Habituellement elle a la forme d'un ovoïde plus ou moins irrégulier dont la petite extrémité serait dirigée en haut et en avant, et la grosse extrémité en bas et en arrière. Plus rarement le sarcome de la parotide présente une forme arrondie ou au contraire triangulaire. Enfin, dans certains cas, particulièrement quand la tumeur acquiert un énorme volume, sa forme est très irrégulière.

Nous avons déjà vu à propos de l'anatomie pathologique les dimensions extrêmement variables que peuvent présenter les sarcomes parotidiens. Nous avons alors suffisamment insisté sur ces dimensions pour n'avoir plus à y revenir ici. Nous nous contenterons de faire remarquer que, le plus habituellement, l'augmentation de volume est très

(1) Morestin. — Traité de chirurgie, Le Dentu et Delbet. Art. tumeurs de la parotide.

(2) Morestin. — Id.

lente et progressive ; mais que dans certains cas exceptionnels au contraire, cette augmentation de volume se fait très rapidement, tantôt sous l'influence d'une cause bien connue, telle que grossesse, traumatisme, etc... tantôt sans cause apparente.

La tumeur parotidienne a une surface le plus souvent lisse et régulière, quelquefois cependant elle présente des bosselures multiples, qui lui donnent alors un aspect mamelonné.

A son niveau la peau présente des caractères variables suivant les cas. Tantôt, elle paraît absolument normale, particulièrement lorsque la tumeur est peu volumineuse. Tantôt au contraire elle est luisante, amincie, tendue, et parcourue par un réseau de veines plus ou moins dilatées ; ces caractères sont particulièrement nets lorsque le sarcome acquiert un volume considérable.

Tels sont les signes que nous révèle déjà la seule inspection de la région parotidienne, la palpation attentive va nous en fournir d'autres encore plus importants :

D'abord elle nous révèle que la peau, amincie ou normale, est toujours très mobile sur la tumeur ; du moins au début de la période d'état, car à la fin de cette période il n'est pas rare de constater déjà une certaine adhérence des téguments. Si on essaye de mobiliser la tumeur sur les plans profonds on constate presque toujours que celle-ci est très mobile. Toutefois il faut avoir soin, avant de pratiquer cet examen, de faire relâcher les muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens, comme le conseille M. le Professeur Til-

laux ; sinon, en effet, la contraction de ces muscles gènerait notablement la mobilité de la tumeur : « Ce fait s'explique aisément si l'on songe que l'aponévrose qui ferme en dehors la loge parotidienne, se continue avec la gaine fibreuse qui enveloppe le muscle et que cette gaîne adhère elle-même aux fibres musculaires. Ces deux plans fibreux sont ainsi solidarisés et se tendent à mesure que le muscle se contracte : la tumeur est alors moins mobile à ce moment parce qu'elle est bridée par l'aponévrose (1). » Ajoutons que vers la fin de la période d'état, c'est-à-dire au moment où la tumeur va s'ulcérer, cette dernière a déjà perdu une grande partie de sa mobilité.

La consistance est très variable : dans certains cas, surtout quand il s'agit de sarcomes à évolution extrêmement lente, elle est nettement ferme. Le plus souvent cependant elle est molle et il est fréquent de constater une fausse fluctuation. Enfin, dans quelques cas exceptionnels, il existe une véritable fluctuation, très manifeste, due à la présence d'un kyste à l'intérieur de la tumeur. Il s'agit alors d'un cystosarcome.

Il est tout à fait extraordinaire de constater, surtout à cette période, un engorgement ganglionnaire. Quand il existe, cet engorgement est toujours peu marqué et constitué par quelques petits ganglions isolés, roulant sous le doigt et siégeant de préférence au dessous de l'angle de la mâchoire, ou au niveau de la région sterno-mastoïdienne.

(1) Tillaux. — Gaz. Hôpitaux, 22 oct. 85.

A ce moment, l'état général est toujours très bon, mais il n'est pas rare de constater déjà différentes complications plus ou moins pénibles. D'abord les douleurs apparaissent à cette période, moins exceptionnellement, semble-t-il, que ne le prétendent les auteurs. Au début c'est simplement une sensation de tension gênante au niveau de la région parotidienne puis à cette simple sensation de tension fait suite, lorque la tumeur commence à adhérer aux plans profonds ou à la peau, une véritable douleur, irrégulière, intermittente et plus ou moins vive suivant les cas.

La mastication et la déglutition sont souvent plus ou moins gênées, elles deviennent particulièrement difficiles lorsque le sarcome, au lieu de se porter vers l'extérieur, tend à se porter du côté de la loge sous-maxillo-parotidienne ; en revanche on n'a jamais observé de troubles salivaires.

Les bourdonnements, les sifflements d'oreille sont assez fréquents, sans qu'il soit possible d'interprèter ce phénomène. Quelquefois, mais rarement, l'ouïe est touchée et ce fait s'observe surtout dans le cas d'oblitération du conduit auditif externe par le néoplasme. L'envahissement de l'aqueduc de Fallope par la tumeur, donne lieu à la même complication.

Enfin, la paralysie faciale a été également observée plusieurs fois ; tantôt d'une façon intermittente, tantôt d'une façon définitive. Nous verrons tout-à-l'heure que cette complication est relativement fréquente dans le cas

où on se trouve en présence de sarcomes appartenant à la variété des sarcomes mélaniques.

3° *Période de cachexie.* — A ce moment la peau devenue violacée et adhérente au niveau de la région parotidienne, s'ulcère par un mécanisme spécial, qui diffère complètement de celui qui préside à la formation des ulcérations cancéreuses : « La peau, distendue et comprimée par la tumeur, se modifie dans une étendue très variable parce que sa circulation se trouve compromise. Les bords de l'ulcération sont d'abord à larges festons et n'adhèrent pas à la tumeur. Au fond de la plaie on observe des lobules rosés qui ne saignent pas facilement comme les granulations du cancer et ne sécrètent pas un ichor fétide. (1) » Le mécanisme indiqué par M. le professeur Duplay est assurément vrai dans la plupart des cas, mais non dans tous, car il est bien démontré aujourd'hui que quelquefois les ulcérations sarcomateuses se produisent sans distension préalable, absolument comme celles du cancer. Quoiqu'il en soit les ulcérations sarcomateuses ne tardent pas à livrer passage à des bourgeons qui prennent rapidement un très grand développement. A cette troisième période la tumeur est généralement très adhérente aux plans profonds. Comme nous l'avons vu à propos de l'anatomie pathologique, cette adhérence peut se faire, soit aux muscles masséter, ptérygoïdien externe, digastrique et sterno-cléïdo-mastoïdien, soit à la branche montante du maxillaire inférieur et

(1) Duplay. — Traité de chirurgie. Art. sarcome de la parotide.

à la face inférieure du rocher, soit enfin aux parois latérales du pharynx.

Nous retrouvons ici les différents symptômes fonctionnels et les complications que nous avons décrits à la période précédente. Nous ne reviendrons pas sur ces symptômes et complications, nous nous contenterons simplement de faire remarquer qu'ils sont plus fréquents et plus accusés.

L'état général, qui à la période précédente restait bon, ne tarde pas à s'altérer profondément, et le malade succombe bientôt aux progrès de la cachexie, dans un état d'amaigrissement extrême.

Quelquefois d'ailleurs une broncho-pneumonie ou une hémorrhagie de la plaie se déclare et vient hâter le dénouement.

Quant à la généralisation sarcomateuse, elle est relativement rare, comme nous l'avons déjà vu à propos de l'anatomie pathologique.



Formes

Dans le chapitre précédent nous avons pris pour type de notre description clinique le cas le plus habituel du sarcome de la parotide. Il nous faut maintenant passer rapidement en revue les différentes formes que peut revêtir l'affection qui nous occupe.

Ces formes sont nombreuses et complexes, mais pour la commodité de l'étude, on peut les répartir en trois groupes, correspondants chacun à l'un des trois facteurs essentiels suivants qui les font varier : l'âge de l'individu, l'évolution de la tumeur, la nature histologique de celle-ci.

1° *Formes suivant l'âge.* — Il est aujourd'hui parfaitement démontré et admis que, d'une façon générale, plus un individu est âgé, plus le sarcome a une évolution lente, plus il est jeune, plus au contraire l'évolution est rapide. Cette loi n'est pas absolue, elle souffre sans doute quelques exceptions, mais elle est néanmoins vraie dans la très grande majorité des cas, et, lorsque le clinicien sera mis en demeure de poser un pronostic, il devra sérieusement compter avec elle.

2° *Formes suivant l'évolution.* — La forme moyenne, dont nous avons donné la description tout-à-l'heure, peut durer 3 à 4 ans, elle tient le milieu entre 2 formes extrêmes qu'il nous faut connaître.

L'une, qu'on pourrait désigner sous le nom de forme chronique, évolue avec une lenteur extrême, en 15 ou 20 ans par exemple ; et peut même rester stationnaire pendant une période plus ou moins longue.

L'autre, au contraire, qui mériterait le nom de forme aiguë, évolue très rapidement et peut tuer un malade en quelques mois, comme par exemple dans le cas qui fait le sujet de notre observation personnelle.

Cette forme s'accompagne fréquemment de douleur, de rougeur, de chaleur locale, de tuméfaction et même de fièvre, elle est souvent prise pour un véritable abcès, d'où le nom de forme inflammatoire sous lequel certains auteurs la désigne.

3° *Formes suivant la nature histologique.* — La description clinique du sarcome fasciculé correspond assez bien à la description typique que nous avons faite au chapitre précédent, il est donc inutile d'y insister ici.

Le sarcome encéphaloïde, qui, comme nous l'avons vu, est nié par certains auteurs, mais dont l'existence est incontestable, comme le prouve notre observation personnelle. évolue très rapidement et ne met guère plus d'un an pour aboutir à la terminaison fatale. Il se développe de préféférence chez les jeunes sujets et se caractérise non seulement par son évolution rapide, mais encore par sa mollesse

extrême, souvent même par sa pseudo-fluctuation et par son développement fréquemment énorme.

Dans le sarcome mélanique, l'évolution est au moins aussi rapide que dans la forme précédente ; de très bonne heure des adhérences intimes s'établissent entre la tumeur, les plans profonds et les téguments. Ceux-ci présentent parfois des taches noirâtres et ce sont ces taches seules qui peuvent mettre un clinicien attentif sur la voie du diagnostic.

Nous ne signalerons ici que pour mémoire cet ensemble de tumeurs, bien connues aujourd'hui sous le nom de tumeurs mixtes, et qui, après s'être comportées plus ou moins longtemps comme des tumeurs bénignes, finissent par subir la transformation sarcomateuse et évoluent ensuite comme un sarcome.



Evolution, Pronostic

Nous avons suffisamment insisté au chapitre précédent sur l'évolution des différentes formes du sarcome de la parotide pour n'avoir plus à y revenir ici. Nous nous contenterons simplement de rapporter le tableau suivant, dû à Rodriguez, et qui porte sur un ensemble de 19 cas.

Sur ces 19 cas :

Un a duré	....	14 ans.
Un —	....	13 ans.
Un —	....	10 ans.
Un —	....	9 ans.
Un —	....	8 ans.
Un —	....	6 ans.
Trois —	....	5 ans.
Deux —	....	2 ans.
Deux —	....	14 mois.
Deux —	....	1 an.
Un —	....	8 mois.
Un —	....	4 mois.

Le pronostic sera particulièrement favorable chez les

individus âgés, dans le cas de sarcome à évolution lente et surtout dans le cas de tumeur mixte.

La précocité dans l'intervention jouera aussi un grand rôle dans le pronostic. Plus en effet le chirurgien sera intervenu de bonne heure et plus on sera en droit d'espérer une guérison définitive.



Diagnostic

Si dans quelques cas le diagnostic du sarcome de la parotide est facile, il n'en est pas toujours ainsi et très souvent on se trouve aux prises avec de grandes difficultés. En effet, dans certains cas, on a un syndrôme de tumeur bénigne, dans d'autres une allure de tumeur maligne ; dans un grand nombre enfin l'évolution de la tumeur suit ces deux phases.

Ce n'est que par une analyse minutieuse de tous les symptômes que dans les cas difficiles on arrivera à poser le diagnostic.

Pourra-t-on faire le diagnostic de sarcome pur ? On ne peut s'y hasarder. Bien rares sont les observations où l'examen histologique de la tumeur a révélé l'existence d'un sarcome pur, sans mélange, du moins au début de fibrome, de myxome, d'enchondrome. Du reste cela a peu d'importance pratique au point de vue du pronostic et du traitement, car, quand le tissu sarcomateux s'est mis à proliférer il prend rapidement le pas sur les autres tissus pathologiques et c'est de son évolution que dépend le pronostic.

Rarement on verra le malade à la première période, celle où il y a des douleurs, alors que la tumeur est peu ou pas appréciable.

Ces douleurs n'inquiètent que peu les malades, qui les mettent sur le compte de névralgies causées par de mauvaises dents. Ce n'est que par leur persistance et par leurs redoublements paroxystiques qu'elles pousseront le malade à consulter. Si alors on examine celui-ci, on voit que les douleurs ne correspondent pas aux dents cariées, mais irradient vers la région parotidienne, si on presse sur cette région, on exagère les douleurs, comme cela avait lieu chez le malade qui fait le sujet de notre observation personnelle. Enfin, en palpant attentivement on trouve un petit noyau à la partie postérieure et souvent inférieure de la parotide : c'est le début ordinaire de la tumeur.

Nous n'insisterons pas davantage, on n'observera que bien rarement cette période et le plus souvent le malade vient consulter lorsque la lésion a déjà pris un certain degré de développement.

Prenons d'abord le cas où cette tumeur n'est pas ulcérée :

En présence d'une tumeur de la région parotidienne, le chirurgien doit d'abord se demander si elle appartient bien à la parotide et n'a pas son point de départ dans les autres organes de la région. Il faut d'abord éliminer les tumeurs superficielles. Un kyste sébacé se distingue par sa mobilité sur les parties profondes, tandis qu'il est adhérent à la peau ; il donne la sensation de fluctuation, et, si

on ponctionne, on évacue la substance crêmeuse bien connue.

Un kyste séreux superficiel a pour lui sa transparence, sa fluctuation parfaite. La gomme syphilitique sous-cutanée ne se voit guère en cette région ; elle disparaît rapidement par le traitement anti-syphilitique.

L'angiome sous-cutané forme des tumeurs molles, spongieuses, donnant la sensation de vers de terre enroulés ; quand il est artériel, il présente un léger mouvement d'expansion.

Outre ces tumeurs superficielles, il en est de plus profondes, qui pourraient en imposer pour une tumeur développée aux dépens de la parotide ; ce sont les tumeurs de la branche montante du maxillaire inférieur, les tuméfactions ganglionnaires profondes, les anévrysmes des artères de la région.

Les tumeurs de la branche montante du maxillaire, comme le fait remarquer Bérard, se distingueront à l'aide des symptômes suivants : par les commémoratifs on apprend que la tumeur a paru primitivement soudée au maxillaire, en l'examinant par sa face superficielle et par la bouche, on voit qu'elle fait corps avec lui ; en communiquant des mouvements d'élévation et d'abaissement de la mâchoire, on constate que la tumeur les suit exactement. Les mouvements de mastication sont plus gênés qu'ils ne le seraient par une tumeur parotidienne de même volume, et l'on apprend que cette gêne a commencé à se manifester dès le début de l'affection.

Les adénites intéressant les ganglions profonds de la loge sont quelquefois difficiles à reconnaître. Elles ont les caractères communs des tumeurs développées dans la région parotidienne ; mais la tuméfaction est souvent apparue rapidement quand, comme c'est fréquent, l'adénite a d'abord passé par une phase aiguë. Quand il s'agit d'adénites chroniques, il existe dans la région cervicale des cicatrices indiquant l'ouverture antérieure d'abcès ganglionnaires. Le malade a maigri, il tousse un peu, et à l'auscultation on trouve fréquemment des poumons, dont le sommet est suspect. Enfin, de temps en temps, on observe une poussée inflammatoire, comme cela est fréquent au niveau des ganglions chroniquement enflammés.

Les tumeurs ganglionnaires, lymphadénomes et lymphosarcomes, peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Elles apparaissent surtout dans la deuxième moitié de l'âge mûr. Ce sont d'abord de petites nodosités, dures, multiples, mobiles sous la peau et les parties profondes ; on observe des douleurs névralgiques qui tiennent à l'augmentation de volume simultané des ganglions profonds. Ce n'est guère qu'au bout de deux à quatre ans qu'il y a une véritable tumeur.

Celle-ci, de volume variable, est ordinairement multilobée, sa consistance est tantôt partout dure et élastique, tantôt fluctuante sur certains points ; elle est mobile sur les parties profondes. La tumeur peut se limiter aux ganglions parotidiens, mais il se peut aussi qu'on rencontre d'autres masses ganglionnaires tuméfiées, soit dans des ré-

gions voisines, soit dans des endroits éloignés comme le pli de l'aîne, le creux de l'aisselle ; il se peut aussi que la rate présente un certain degré d'intumescence et le sang une proportion exagérée de globules blancs. On le voit, il est quelquefois très difficile de reconnaître, et la nature ganglionnaire de la tumeur, et sa variété.

Les anévrysmes ont pour eux des caractères bien tranchés : la réductibilité à la pression, le bruit de souffle, l'expansion systolique, les modifications apportées par la compression du trou carotidien. Une tumeur parotidienne soulevée par les battements de la carotide peut présenter des soulèvements rythmiques, mais ne présente pas un véritable mouvement d'expansion.

Après avoir éliminé les tuméfactions extra-parotidiennes, il faut songer aux inflammations de la glande, aux parotidites de toute nature.

Signalons la parotidite canaliculaire de Chassaignac, avec son allure torpide, l'hypertrophie simple, les parotidites saturnines qui sont bilatérales.

En somme, sans insister plus longtemps, nous voyons que lorsqu'on a éliminé les tumeurs extra-parotidiennes, les parotidites, on se trouve bien en présence d'une tumeur développée aux dépens de la parotide, et c'est là que commencent souvent les difficultés, et avant d'arriver au diagnostic de sarcome il faut éliminer toutes les autres tumeurs.

Le fait que la tumeur est liquide, présentant une fluctuation manifeste, suffit-il pour éliminer le sarcome ? Nul-

lement. Quelquefois, en effet, il se développe dans le sarcome de la parotide une collection liquide, soit par dégénérescence partielle, soit par rupture de vaisseaux sanguins, et cette collection peut masquer derrière elle la tumeur sur laquelle elle repose. De pareils cas peuvent être pris pour des kystes salivaires, mais ceux-ci ont pour eux leur augmentation après la mastication et l'issue de salive par la ponction.

Plus difficiles à diagnostiquer sont les kystes hématiques. Ils donnent bien par la ponction un liquide noirâtre suivi ensuite de sang pur, mais on voit que souvent le contenu des kystes développés au niveau d'un sarcome parotidien est presque toujours du sang plus ou moins mélangé de produits de désintégration cellulaire ; cependant, quand on a ponctionné le kyste simple, il ne reste plus rien, tandis que si c'est un un cysto-sarcome qui a été ponctionné, on sent nettement la tumeur sur laquelle il repose.

La tumeur est solide. S'agit-il d'un sarcome ? Ordinairement la tumeur affecte tous les caractères que l'on attribue aux tumeurs bénignes ; elle forme une saillie circonscrite, mobile sous la peau qui glisse sur elle et sur les parties profondes. Quelquefois la tumeur n'est pas mobile, ce qui tient à un enclavement dans la loge parotidienne ; mais l'inspection et la palpation montrent bien dans ce cas que la tumeur est bien limitée à la région parotidienne. Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire et pas de paralysie faciale, ce qui est un caractère de premier ordre pour Rodriguez. Faisons exception cependant pour le sarcome

mélanique qui est parfois accompagné d'engorgement ganglionnaire et souvent amène de la paralysie faciale par englobement du nerf.

C'est donc avec toutes les tumeurs bénignes qu'il faudra faire le diagnostic.

Le lipome fait une saillie uniforme, sans bosselures ; il présente souvent une fausse fluctuation, on le sent durcir si on refroidit la peau avec un jet de chlorure d'éthyle.

L'enchondrome a une consistance dure et élastique. Sa surface est généralement lobulée ; ses bosselures sont moins larges que celles du sarcome et sa consistance est dure en tous les points. Son évolution est extrêmement lente et ne présente pas l'accroissement subit du sarcome à un moment donné.

L'adénome a une consistance ordinairement uniforme, beaucoup moins dure que celle de l'enchondrome, sa surface exempte de grosses bosselures est finement lobulée.

Le fibrome est dur, irrégulièrement bosselé et évolue lentement.

Le myome a un développement lent, une indolence parfaite, une certaine mollesse avec fausse fluctuation et peu de mobilité sur les parties profondes.

Les tumeurs mixtes sont beaucoup plus fréquentes. « Elles débutent, dit Kirmisson (1), par de petites nodosités chondromateuses, siégeant au-dessous de l'arcade zygomatique, au-devant du conduit auditif externe, au niveau de

(1) Pathologie externe des 4 agrégés, tome II.

l'angle du maxillaire. Elles s'accroissent lentement, se rejoignent et la masse acquiert peu à peu un volume considérable. »

Il est très difficile de les différencier du sarcome si l'on n'a pas assisté au début. En somme, avant l'ulcération de la peau, le diagnostic du sarcome repose sur la rapidité de l'évolution, la consistance fluctuante en certains points, dure en d'autres, la présence de veines sous-cutanées dilatées.

A la période d'ulcération et de cachexie, le diagnostic est à faire avec : les ulcérations résultant de l'ouverture d'une gomme syphilitique : l'ulcère est très creux, à contours arrondis, le fond est formé par une masse jaunâtre d'aspect sale. Le traitement spécifique en amène la disparition en quelques jours.

Les ulcérations scrofuleuses ne se voient guère en cette région, il se peut cependant qu'une adénite se soit ouverte en cet endroit et que le trajet reste fistuleux. Le diagnostic est trop facile pour qu'il soit nécessaire d'insister.

En somme le diagnostic se pose entre le sarcome ulcéré et le carcinome.

L'ulcération du cancer est due à l'envahissement de la peau, aussi celle-ci est-elle adhérente par ses bords. Dans le sarcome au contraire, exception faite pour le mélanique, la peau est décollée mais non adhérente, on peut introduire un stylet sous ses bords. Le fond de l'ulcère, dans le cancer, est formé de bourgeons friables, roses, saignant spontanément ou au moindre contact ; le fond de l'ulcère

sarcomateux donne ordinairement naissance à des végétations exubérantes, de coloration grisâtre, peu vasculaire, ne saignant pas au moindre contact.

La peau dans le cancer, surtout dans le squirrhe, est sillonnée au voisinage par des travées fibreuses, elle est libre dans le cas de sarcome Des douleurs atroces sont la règle dans le cancer, elles sont peu marquées dans le sarcome ; la paralysie faciale presque constante dans l'un, manque, même à une période très avancée dans l'autre. L'âge n'est pas le même : le cancer est une maladie du vieillard, le sarcome s'observe chez des enfants ou des adultes. Les ganglions intacts dans le sarcome sont toujours pris dans le cancer.

La cachexie, la teinte jaune paille, sont plus précoces et plus marquées dans le cancer.

Le diagnostic de sarcome étant posé, pourra-t-on en reconnaître la variété ? Le sarcome fasciculé marche plus lentement, sa consistance est plus uniforme. Le sarcome encéphaloïde a une allure particulièrement rapide, sa consistance est plutôt molle ; on y trouve fréquemment des points ramollis.

Le sarcome mélanique sera diagnostiqué sûrement quand on aura trouvé au début, de petites nodosités noirâtres au devant du tragus ; mais elles manquent souvent, et ce n'est qu'à l'opération qu'on reconnaît la nature mélanique. Il faudra le soupçonner, quand, avec un sarcome relativement peu considérable, on aura un état général

défectueux, de l'engorgement ganglionnaire, parfois de l'adhérence à la peau.

Enfin il ne faudra pas manquer de faire le diagnostic des complications éloignées, de la généralisation. Il faut examiner avec soin le poumon surtout et le foie. Les troubles cérébraux s'ils existent feront songer à une localisation crânienne.

Un dernier point, d'une importance capitale, est de déterminer totalement l'étendue exacte de la tumeur ; cela au point de vue de l'intervention. Pour les parties superficielles, branche montante du maxillaire inférieur, sterno-cléïdo-mastoïdien, l'inspection directe, les palpations faites sur les limites de la tumeur, l'examen des mouvements pendant que l'on maintient la tumeur permettront de reconnaître si elles font corps ou non avec le néoplasme. C'est la règle, nous le répétons, que dans le sarcome, l'adhérence n'existe pas, mais elle peut se voir dans les sarcomes mélaniques. Pour le facial, la conservation des mouvements dans les muscles qu'il énerve, indique que la tumeur l'a respecté et ne s'étend pas jusqu'à lui ; une parésie légère peut n'être dûe qu'à une compression légère du nerf, mais il faut néanmoins craindre qu'il ne soit entouré par la masse morbide. Enfin, une hémiplégie faciale accusée, comme elle est relatée dans les observations de sarcomes mélanique que nous rapportons, ne laisse plus de doute sur l'envahissement du nerf par la tumeur.

Pour apprécier les connexions de la tumeur avec l'artère carotide externe, il faut comparer les pulsations de

l'artère temporale superficielle du côté sain avec celles de la temporale du côté malade ; une différence entre les deux n'indiquera pas toujours la compression, car les deux artères peuvent avoir un volume différent sans altération pathologique.

Enfin le sarcome peut, comme l'épithélioma, atteindre le prolongement pharyngien de la parotide. A quoi le reconnaîtra-t-on ? On examinera le pharynx et l'on pourra voir les piliers du voile du palais du côté correspondant soulevés et suivant les mouvements communiqués à la tumeur. La palpation avec un doigt dans le pharynx et la main sur la parotide, permet de se rendre compte de l'envahissement. De plus, la déglutition peut être gênée, et le voisinage du paquet vasculo-nerveux explique que l'on puisse trouver des signes de stase dans le domaine de la jugulaire interne, des troubles pupillaires par compression ou irritation du grand sympathique.



Traitement

Le seul traitement qui convienne au sarcome de la parotide, c'est l'extirpation ; et cette opération doit être faite aussitôt que le diagnostic est posé d'une façon certaine. Mais l'ablation doit-elle se faire dans tous les cas ; y a-t-il des contre-indications opératoires ; comment doit-on pratiquer l'opération, quelles en sont les suites, voilà ce que nous allons rapidement passer en revue.

Indications et contre-indications :

Quand on est en présence d'une tumeur facilement mobilisable chez un sujet de santé apparente bonne, l'opération ne se discute pas. Mais si nous sommes en présence d'un de ces gros sarcomes ayant envahi le prolongement pharyngien de la parotide, débordant de toutes parts la loge parotidienne, comme un sarcome mélanique par exemple, faut-il opérer. L'extirpation doit être complète ou bien elle est inutile, et la question se pose de savoir si on peut enlever toute la parotide.

Richet, dans son Anatomie topographique, pense que l'extirpation complète de la glande est possible. M. le pro-

fesseur Tillaux, dans son traité d'anatomie, écrit : « On a beaucoup discuté pour savoir si on pouvait enlever la parotide sur le vivant ; sans doute, on le peut, mais à la condition d'enlever en même temps presque tous les organes qui la traversent. Il ne faut pas croire aux ablations de la parotide avec conservation du nerf facial. Lorsqu'à la suite d'une extirpation d'une tumeur parotidienne, le nerf facial n'a pas été coupé, affirmez que la parotide n'a pas été enlevée. Ce qui a pu faire illusion à quelques chirurgiens, et à Bérard lui-même, c'est que certaines tumeurs bénignes de la glande, telles que les adénomes, les enchondrones, au lieu d'englober le tissu glandulaire, de faire corps avec lui comme cela a lieu dans le cancer, le refoulent, l'aplatissent vers le pharynx et repoussent en même temps le nerf facial. »

Il faut donc, dans les cas de sarcomes étendus de la parotide, sacrifier le facial et la carotide externe, et dans ce cas l'opération est possible. La vraie contre-indication de l'opération : c'est l'état général du malade. Il est évident qu'on ne peut opérer un individu déjà cachectique et présentant des signes qui permettent de croire à une généralisation. Ce n'est donc qu'après avoir examiné consciencieusement le foie, le poumon, tous les organes du malade, après avoir fait analyser ses urines, ce qui permet de se rendre compte de sa force vitale d'après ses déchets azotés, que l'on se décidera pour ou contre l'intervention.

Manuel opératoire. — Comment faut-il opérer ? Tout d'abord, doit-on, par crainte de l'hémorragie qui est une

des plus graves difficultés de l'opération, la région étant excessivement vasculaire, faire la ligature préventive de la carotide externe ou de la carotide primitive.

Verneuil était partisan de la ligature de la carotide primitive, Velpeau et Sédillot la proscrivaient en raison de la fréquence et de la gravité des accidents cérébraux qui peuvent suivre cette ligature. Quant à la ligature de la carotide externe elle est sans danger, mais est-elle nécessaire ? Avec de bonnes pinces hémostatiques, on ne craint pas de couper des artères et cela fait un temps de moins dans une opération déjà longue.

Le malade étant chloroformé après les précautions d'antisepsie ordinaires, on circonscrit la tumeur par deux incisions elliptiques dont les extrémités se rejoignent ; puis on dissèque la peau sur chaque lèvre pour en séparer la tumeur. Les parties superficielles réclinées en dehors par un écarteur, on se dirige vers la face profonde de la tumeur en la portant du côté opposé à celui où agit le bistouri ; pour la renverser on se sert de fortes pinces de Museux.

Pour disséquer la partie profonde, on isole d'abord le côté antérieur de la tumeur, on la détache du muscle masséter ; puis on dissèque le bord postérieur ; on est alors exposé à rencontrer le tronc du facial, il passe là immédiatement en dedans de l'insertion supérieure du ventre postérieur du digastrique. On tâche de ne pas le découvrir et de l'épargner, mais cela n'est possible que dans les tumeurs partielles, car dans une extirpation complète il faut forcément le comprendre.

La tumeur ne tient plus que par sa partie moyenne, mais c'est précisément là que sont réunis les vaisseaux les plus importants. Bérard conseille de l'attaquer de bas en haut et d'agir, tantôt avec le bistouri, tantôt avec une simple spatule qui peut permettre de voir les vaisseaux et de les lier avant qu'ils n'aient été coupés.

La loge bien vidée, il ne reste plus qu'à faire les sutures des parties superficielles, en drainant si l'on n'est pas sûr de son asepsie.

Résultats. — Les suites immédiates de l'opération sont généralement simples. On note souvent un peu de dysphagie en rapport avec le traumatisme et une gêne des mouvements de la mâchoire. L'hémiplégie faciale est fréquente et ne reconnaît pas toujours pour cause la section du facial, il faut bien le savoir. Dans ce cas, elle disparaît généralement en peu de temps. Il n'en est pas de même quand le nerf a été divisé, cependant on aurait vu même dans ce cas l'hémiplégie guérir au bout de plusieurs mois. C'est une évolution sur laquelle il ne faut pas compter.

La fistule salivaire est une complication assez fréquente des ablations partielles. Nous ne ferons que signaler les complications inflammatoires que l'on n'observe pas si l'on suit les règles de l'asepsie.

Le résultat éloigné est assez satisfaisant pour que l'opération soit pratiquée toutes les fois qu'elle est possible. La récidive est fréquente mais non constante, et il ne faut pas refuser cette chance de guérison au malade.

Observations

OBSERVATION I (Personnelle)

Sarcome encéphaloïde de la parotide gauche. — Non opéré. — Mort au bout de 7 mois, probablement de généralisation sarcomateuse pulmonaire.

Le nommé Louis P..., âgé de 38 ans, garçon marchand de vin, entre en novembre 1898 à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Le Dentu, salle Malgaigne, lit n° 5. Il est admis à cause d'une volumineuse tumeur qu'il présente au niveau de la région parotidienne gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort de cause inconnue. Mère morte d'un cancer du sein. Le malade a 2 frères et une sœur plus âgés que lui, très bien portants.

Il est marié et a eu de sa femme bien constituée 2 enfants actuellement en très bonne santé.

Antécédents personnels. — P..., n'a jamais été malade dans son enfance. Il a fait une partie de son service militaire en Algérie, où il a contracté les fièvres, dont il a, paraît-il, souffert pendant 4 ou 5 ans.

A la même époque il a contracté la syphilis pour laquelle il ne s'est pour ainsi dire jamais soigné et qui ne l'a jamais inquiété.

Depuis 3 ou 4 ans, il a de violentes névralgies dentaires occasionnées par des dents cariées qu'il n'a jamais fait soigner.

Début de la maladie actuelle. — — La tumeur a, paraît-il, commencé à être visible il y a environ 5 mois. Dès son début elle s'accompagna de douleurs intermittentes, assez vives parfois, s'irradiant dans toute la mâchoire inférieure.

Un médecin consulté à ce moment fit le diagnostic d'abcès dentaire et conseilla au malade de se faire arracher les dents cariées. Ce dernier n'en fit rien et jusqu'à la fin de septembre continua de vaquer à ses occupations, sans s'occuper outre mesure de sa tumeur, qu'il ne considérait suivant sa propre expression que comme un simple « bobo ».

A la fin de septembre, la tumeur ayant acquis la grosseur d'un œuf de poule, P... alla s'adresser à un nouveau médecin qui lui promit, paraît-il, de faire fondre rapidement la tumeur au moyen d'un traitement énergique. Malheureusement malgré l'application quotidienne d'une pommade résolutive, la tumeur prit un développement rapide, si bien qu'au mois de novembre P..., absolument désespéré, vint à la consultation de l'hôpital Necker où il fut admis aussitôt.

Etat actuel. — Les douleurs surviennent toujours d'une façon intermittente, tantôt supportables, tantôt au contraire assez vives. Elles n'ont pas augmenté sensiblement d'intensité depuis le début de la maladie ; elles sont devenues beaucoup plus fréquentes. Le patient les met toujours sur le compte de ses mauvaises dents ; mais il est évident qu'elles sont occasionnées par la tumeur elle-même, car il suffit pour les déterminer, de presser un peu sur cette dernière.

La mastication et la déglutition sont quelque peu gênées.

L'oreille gauche n'entend presque plus. Il n'y a pas de paralysie faciale.

Inspection. — La tumeur a la forme d'un ovoïde dont la petite extrémité, dirigée en haut, est à la hauteur du lobule de l'oreille et dont la grosse extrémitée dirigée en bas déborde de trois bons travers de doigt le bord inférieur du maxillaire. Elle empiète en avant sur la région massétérine qu'elle recouvre partiellement et en arrière sur la région mastoïdienne.

Ses dimensions dans le sens vertical mesurent environ 15 centimètres, et 6 à 7 centimetres dans le sens transversal.

Au niveau de sa partie supérieure, la peau qui la recouvre paraît normale, tandis qu'au contraire au niveau de la région cervicale la peau est rouge et enflammée comme si elle recouvrait un abcès banal.

La palpation permet de constater que la peau assez mobile sur la tumeur, supérieurement, fait au contraire absolument corps avec elle dans les 2/3 inférieur.

Quant à la tumeur elle est complètement immobilisée et paraît adhérer intimement aux différents plans musculaires et osseux sur lesquels elle repose.

La consistance est variable, suivant la région où on la recherche. C'est ainsi qu'à la partie supérieure elle est véritablement dure, tandis qu'à son extrémité inférieure la tumeur est nettement fluctuante.

Ajoutons que l'exploration manuelle, même délicate de la tumeur est extrêmement pénible pour le malade, et donne lieu par moment à des douleurs telles qu'elles arrachent des cris au patient.

Enfin pour être complet signalons un léger engorgement

ganglionnaire au niveau de la région sous-maxillaire gauche et au niveau de la région mastoïdienne du même côté, un peu au-dessous de la tumeur.

Après avoir soigneusement analysé les symptômes qui précèdent, M. le professeur Le Dentu fit le diagnostic probable de sarcome de la parotide à marche rapide et inopérable. Toutefois pour confirmer son diagnostic, il ordonne de faire prudemment une petite ponction au bistouri, au niveau de la partie la plus déclive de la tumeur c'est-à-dire au niveau du point où la fluctuation était le plus manifeste. Or cette ponction pratiquée aseptiquement ne donne issue qu'à du sang pur. Le diagnostic était confirmé : un pansement humide fut appliqué sur la tumeur.

Les jours suivants, l'orifice de la ponction, au lieu de se refermer, s'entrouvrit et laissa passer des bourgeons exubérants. Une partie de ceux-ci fut enlevée et portée au laboratoire du service pour être soumise à l'examen microscopique qui démontra que l'on se trouvait en présence d'un sarcome encéphaloïde de la parotide à évolution très rapide.

Au bout de 3 semaines, la tumeur avait augmenté d'un bon tiers, et l'orifice de ponction, large de 2 centimètres, laissait passer à travers ses lèvres irrégulières et décollées une masse exhubérante du volume d'un gros œuf.

A ce moment l'état général, qui jusque-là était resté très satisfaisant commença à devenir mauvais ; le malade perdant ses forces, en même temps que son appétit, se mit tout-à-coup à maigrir. Toutefois il n'y avait alors aucune complication viscérale, et les différents organes, cœur, poumons, reins, étaient encore parfaitement indemnes.

Au commencement de décembre, le malade s'ennuyant à l'hôpital, quitta le service pour rentrer chez lui.

Vers le milieu de janvier, P... très abattu et très amaigri revint à la salle Malgaigne pour avoir une consultation. Il se plaignait alors de tousser fréquemment et de cracher un peu de sang. A l'auscultation des poumons, on entendait des râles sous-crépitants dans toute l'étendue du poumon droit et au niveau de la base du poumon gauche. On fit alors le diagnostic probable de sarcome secondaire du poumon.

P... retourna chez lui et ne tarda pas à succomber au commencement de février.

OBSERVATION II

Sarcome alvéolaire de la parotide. — Observation de M. le professeur Le Dentu (1).

Il s'agit d'une femme de 61 ans qui porte une volumineuse tumeur ayant débuté dans la région parotidienne gauche et dont la base d'implantation recouvre la face et la partie latérale du cou jusqu'au voisinage de la clavicule.

La tumeur a débuté alors que la malade atteignait sa 30me année. Elle était très petite, du volume d'une amande, et siégeait au dessous du lobule de l'oreille gauche. Elle a évoluée d'une façon extrêmement lente ; à 50 ans elle n'était pas plus grosse qu'un œuf de pigeon ; mais à partir de cette époque son déve-

(1) Le Dentu. Clinique chirurgicale de 1892.

loppement est devenu plus rapide. Il y a deux ans elle était des dimensions d'une orange, actuellement elle est plus grosse que la moitié de la tête, elle a 49 centimètres de circonférence et 30 centimètres de longueur, elle repose sur l'épaule gauche et rejette la tête du côté opposé. La peau est peu modifiée au niveau de la base de la tumeur, mais vers son extrémité inférieure elle prend une coloration un peu violacée et perd sa mobilité, puis elle présente une série de productions végétantes ou plutôt de cratères, ulcérés en leur centre et entourés d'un bourrelet irrégulier, ce qui prouve que les adhérences sont surtout le fait de l'inflammation.

La tumeur produit peu de troubles fonctionnels, la malade ne paraît être gênée que par son poids. Il n'y a pas de signes du côté des nerfs, pas de névralgie de l'auriculo-temporal, ni de paralysie faciale.

La malade se plaint seulement de ce que,en se couchant sur la tumeur, elle ressent de forts battements dans l'oreille; peut-être ces battements sont-ils dûs au refoulement des carotides ou à des adhérences profondes tirant sur les vaisseaux.

Il n'y a pas de prolongement du côté du pharynx : le doigt introduit au fond de la gorge ne révèle l'existence d'aucune déformation et la paroi pharyngienne latérale a conservé toute sa souplesse.

L'état général de la malade est plutôt défectueux; elle a soixante et un ans; depuis deux mois elle est atteinte d'un certain degré de septicémie lente due à l'ulcération de sa tumeur. L'urine a été examinée ; la malade n'élimine que 800 grammes en 24 heures : lesquels ne renferment que 5 gr. 83 d'urée et 8 gr. 10 de chlorures. Ces derniers sont en proportion à peu près normale, mais le chiffre de l'urée est très faible.

L'examen des viscères n'a pas permis de constater d'indices de généralisation.

L'extirpation put être faite sans blessure de la carotide externe, ni du facial : la tumeur était encore encapsulée et énucléable dans ses parties profondes. Les suites furent des plus simples; la cicatrisation était à peu près terminée et la malade commençait à se lever lorsqu'elle tomba rapidement dans le collapsus et mourut 21 jours après l'opération.

A l'autopsie on constata l'absence de récidive locale, mais il existait de volumineux noyaux secondaires dans le foie, un dans le poumon et un autre dans les méninges, que rien dans la vie n'avait révélé, mais qui expliquaient l'abaissement du taux de l'urée signalé plus haut.

La tumeur, pesée immédiatement après l'opération, atteignait le poids de 1 kg. 300 grammes. Après l'avoir séparée en 2 moitiés suivant son grand axe, on constatait dans son intérieur l'existence de travées fibreuses considérables circonscrivant des alvéoles irrégulières et des points en voie de ramollissement.

La structure de la tumeur était remarquablement homogène et identique dans toute sa masse, sauf bien entendu au niveau des points ramollis dont les dimensions variaient du volume d'un pois à celui d'un œuf de pigeon ; ils présentaient, tantôt une diminution de consistance avec teinte grisâtre, tantôt des cavités irrégulières, remplies d'un liquide purulent et de débris sanieux; dans les points noirs ramollis, la pression faisait sourdre un suc abondant.

L'examen histologique, pratiqué sur des fragments pris en divers points de la tumeur, a montré qu'il s'agissait d'un sarcome alvéolaire. On y voyait sur la coupe, des travées fibreuses, circonscrivant des alvéoles occupées par des cellules sarcoma-

teuses. Les figures de karyokinèse étaient nombreuses sur les coupes, ce qui était en rapport avec l'accroissement rapide dont elle était le siège.

Au niveau des foyers de ramollissement on pouvait suivre la dégénerescence graduelle des cellules, en même temps que l'on constatait une infiltration abondante des leucocytes. En colorant par des moyens appropriés on décelait la présence de micro-organismes. Le processus de destruction n'était donc pas dû seulement à une nutrition insuffisante amenant la mort des éléments mais aussi à une invasion microbienne.

Au niveau des parties ulcérées s'élevaient des bourgeons saillants. On constatait sur la coupe de ces bourgeons un épaississement de la couche cornée et surtout de la couche de Malpighi. Sur certains points cette couche envoyait dans la profondeur des prolongements où l'on constatait la présence de véritables globes épidermiques.

L'examen des noyaux secondaires développés dans les différents organes a donné les mêmes résultats. Il s'agissait en somme d'un sarcome alvéolaire pur de la parotide, ce qui est une variété de tumeur très rare.

OBSERVATION III

Memorabilien Heilbronn 1861, VI, 87

Extirpation totale d'une glande parotide sarcomateuse par le Dr Beck de Freïburg (1)

S. F... est une jeune fille de 19 ans, chlorotique d'une prédisposition délicate avec prédisposition à la tuméfaction des

(1) Thèse Rodriguez, Obs. VII.

glandes. Depuis un an, la malade a remarqué une petite tumeur en forme de verrue à la région temporale. Comme elle n'occasionne aucune douleur, la jeune fille n'y fait pas attention ; mais un jeune médecin persuade à la malade de laisser enlever la tumeur, il fait l'opération. Quelque temps après, récidive, et à la suite d'une cautérisation, la tumeur prend des dimensions considérables, c'est alors qu'on a recours à mes conseils.

Je trouve dans la région temporale et sous-orbitaire une tumeur vasculaire, grosse comme le poing d'un enfant, en partie dure, en partie molle, couverte d'une escharre gangréneuse; tous les symptômes ont montré l'existence d'un sarcome à cellules rondes. Outre cette tumeur, j'ai trouvé une tumeur de la glande parotide grosse comme un œuf d'oie et quelques ganglions cervicaux augmentés de volume. La peau sur la parotide était tendue, très vasculaire, bleuâtre ; la consistance de la glande très dure, tout son tissu est infiltré. Parmi les ganglions du cou, quelques-uns sont simplement hypertrophiés, mais deux sont sarcomateux, l'un se trouve sous l'angle du maxillaire inférieur et pénètre dans la profondeur sous le muscle digastrique, l'autre est plus près de l'oreille. Les deux ganglions sont immobiles. Eu égard à l'état général de la malade, à la croissance rapide et à la nature maligne de la tumeur, je me décide à opérer.

J'ai d'abord extirpé le sarcome de la région temporale, au bout de quelques semaines la plaie s'est cicatrisée. Pendant ce temps les autres tumeurs ont augmenté de volume et la parotide a atteint le volume du poing. Cinq semaines après la première opération, j'ai extirpé la glande parotide sarcomateuse et les deux ganglions dans la même séance. L'opération fut très compliquée. La carotide externe avec ses branches adhérait à la tumeur, la carotide et la veine jugulaire internes étaient situées

près de la glande sarcomateuse qui, suivant le muscle digastrique, gagnait les parties profondes. Les branches du nerf facial comme celle de la carotide externe, se trouvaient dans le champ opératoire. Divers troncs nerveux et les branches de V, VI, VII, VIII, IX, X, XI et XIIme paires des nerfs cérébraux étaient en danger d'être blessés pendant l'opération. Je me proposais d'extirper complètement toutes les parties malades, mais fallait-il faire ou non, la ligature de la carotide externe. Je ne pouvais me décider à faire la ligature parce que, d'après mon expérience personnelle, l'opération devient très compliquée et que de plus j'ai déjà extirpé de grosses tumeurs au cou sans avoir pratiqué cette ligature. Après avoir décollé les téguments vasculaires j'ai pénétré jusqu'au bord inférieur de la parotide sarcomateuse et je l'ai détachée de ses adhérences; j'ai pu extirper toute la tumeur sans avoir blessé les vaisseaux. En tout j'ai fait la ligature des vaisseaux nutritifs de la glande. Le nerf facial et l'artère transversale de la face restaient libres dans la plaie et on voyait au fond, entre la mâchoire inférieure et l'oreille, battre les carotides. Après une petite pause, j'ai extirpé les deux autres tumeurs qui étaient en connexion avec les carotides internes et la jugulaire. Les autres glandes, simplement hypertrophiées et non sarcomateuses, ont été laissées intactes. Après avoir appliqué quelques sutures pour diminuer l'étendue de la plaie, je fis un pansement simple avec de la charpie trempée dans de l'eau ; puis je traitais la plaie par le froid et ensuite par des cataplasmes tièdes. La suppuration se montra sans trop de fièvre et de réaction, et après cinq semaines la malade était complètement guérie. La déformation n'était pas considérable. L'huile de foie de morue, les bains salés produisirent un bon effet. La malade

se porte si bien qu'elle va au bal sans qu'on remarque les suites de l'opération.

Quant à la structure des tumeurs extirpées on peut dire que tous les éléments histologiques ont bien prouvé qu'il s'agissait d'un adénosarcome médullaire celluleux. Les parois de quelques acini étaient épaissies. Le stroma était, de ci de là, composé de tissu très dense, fibreux. Partout se sont montrées de petites cellules fusiformes, cellules oblongues comme j'en ai décrit dans mes études sur l'histologie des pseudo-plasmes (Frieburg 1857).

L'examen microscopique a confirmé complètement le diagnostic, c'est-à-dire la malignité du néoplasme et par suite la nécessité de l'extirpation complète de la tumeur.

OBSERVATION IV

Archiv. für Klinische Chirurgie, 1881, 2. XXVI, p. 671-720. — Sarcome de la parotide par le Dr Kaufman de Zurich. — Obs. I du mémoire de Billroth (1).

A. W..., valet de chambre, âgé de 24 ans, se présente à la clinique chirurgicale le 27 février 1869. Il y a 4 mois que le malade ressentit pour la première fois des douleurs dans la région de la parotide, près de l'oreille. Il remarqua ensuite dans la même région, tout près du lobule de l'oreille, une tumeur douloureuse, grosse comme une noix, et qui prit rapidement une dimension considérable. Il y a deux mois la tumeur s'est ouverte

(1) Thèse Rodriguez, Obs. XV.

spontanément et de l'orifice s'est écoulé un peu de liquide aqueux. Les douleurs devinrent si fortes que le malade ne put dormir. Depuis deux semaines il a la bouche déviée et ne peut pas complètement fermer l'œil gauche. Toute la parotide est tuméfiée, et recouverte d'une ulcération superficielle qui progresse rapidement vers le lobule de l'oreille. Le traitement à l'iodure de potassium (usage interne et externe) et l'emplâtre mercuriel font disparaître complètement la tumeur. L'ulcération gagne alors vers la partie inférieure de l'oreille, le lobule devient gangréneux et la plaie se cicatrise.

On pouvait croire qu'il s'agissait d'une inflammation chronique ; néanmoins la paralysie faciale ne disparut pas, il y eut surdité de l'oreille gauche, et au commencement de mai, récidive de la tumeur dans la même région. Le traitement avec l'iodure et le mercure resta sans effet, et la tumeur gagna toujours sous l'oreille externe en la soulevant. A la fin de juillet, douleurs atroces sur toute la partie gauche de la tête ; le 2 août, déviation de la langue à gauche, diplopie, amaigrissement, marasme. Le 12 août, mort.

Autopsie.— Sur la face externe de la dure-mère, correspondant à presque toute la surface du rocher, se trouve une tumeur qui suit le nerf facial dans le conduit auditif interne où sa largeur égale celle du nerf ; de l'autre côté, la tumeur se montre sous forme de bosselures occupant le bord externe de l'hémisphère cérébral gauche. Cette partie est dure et sèche ; les autres parties sont au contraire molles et d'une couleur gris-rougeâtre. Dans le muscle temporal on trouve quelques parties sarcomateuses.

Le cas est très important au point de vue du diagnostic. C'est seulement par l'observation clinique prolongée et par le

résultat de l'autopsie qu'on a pu s'assurer qu'il s'agissait d'une tumeur sarcomateuse à structure lobulée.

OBSERVATION V

Sarcome de la parotide. Ablation. Guérison par Luis Rodriguez (1)

M. D..., âgé de 40 ans, célibataire, agriculteur, vient me consulter pour une tumeur de la région parotidienne droite.

Cet homme, d'un tempérament sanguin, est fortement constitué ; il est originaire des Etats-Unis de Venezuela et ne présente rien à signaler, ni syphilis, ni tuberculose.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires, ses parents et tous les membres de sa famille ont toujours jouis d'une excellente santé. Notre client nous apprend que sa tumeur a débuté à l'âge de 8 ans environ au niveau de la partie antérieure du lobule de l'oreille. A cette époque elle avait le volume d'une olive. Elle resta ainsi pendant longtemps, et ce n'est que depuis 6 mois qu'elle a pris un accroissement rapide et progressif. Au moment où je vis le malade, elle présentait le volume d'une tête de fœtus à terme.

Elle était de forme ovoïde, irrégulière, bosselée, d'une consistance égale dans toutes ses parties, d'une dureté assez considérable, mais non ligneuse. Elle n'a pas contracté d'adhérence avec la peau qui est seulement distendue, très vasculaire, amincie et violacée.

(1) Thèse Rodriguez, Obs. III.

Le malade présente depuis longtemps une surdité de l'oreille droite dont il ne peut préciser la cause.

Nous n'avons pas à signaler au niveau de la tumeur de vives douleurs spontanées ; seulement l'exercice, les travaux corporels y produisent une sorte de tension gênante. La mastication et la déglutition sont rendues pénibles par le volume de la masse néoplasique. Pas de paralysie faciale.

Le malade étant chloroformé, je fis une incision transversale suivant le grand diamètre de la production morbide et disséquai ainsi la peau de chaque côté. Je mis ainsi la tumeur à découvert, je la saisis avec une pince de Museux, et au moyen d'une spatule je fis facilement l'énucléation de la tumeur.

Le néoplasme était bien limité, la plus grande partie de la glande semblait repoussée dans la partie profonde de sa loge et n'adhérait à la masse morbide que par du tissu cellulaire extrêmement lâche.

Aucune trace de suppuration après l'opération. Au bout de 50 jours environ, la guérison était complète. A la coupe, la tumeur se compose de deux parties bien distinctes, une enveloppe blanche, nacrée, formée de tissu cellulaire condensé et à l'intérieur une masse grisâtre, dure, à peu près uniforme et présentant tous les caractères macroscopiques du sarcome, ce qui coïncide absolument avec le diagnostic clinique.

OBSERVATION V

Sarcome de la parotide. — Ablation. — Récidive.
Thèse Rodriguez, p. 75

Femme de 24 ans, célibataire, paraissant d'une robuste constitution, née au Venezuela.

La malade présente, dans la région parotidienne gauche, une tumeur qui paraît avoir débuté environ deux ans auparavant. Le développement a été rapide et en dix-huit mois environ le volume actuel a été atteint.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la tumeur s'étend en avant jusqu'à la commissure des lèvres, en arrière jusque près du bord postérieur du muscle sterno mastoïdien ; en haut elle arrive non loin de l'arcade zygomatique. Pas de véritables douleurs, il y a seulement un peu de gêne fonctionnelle, résultant du volume de la tumeur, dans les mouvements du cou et du maxillaire inférieur. Le lobule de l'oreille est soulevé. Pas de paralysie faciale.

L'intervention est jugée nécessaire. On pratique une incision qui, partant d'un point situé en arrière du lobule de l'oreille, se termine près de la symphise du menton La peau est disséquée et relevée en haut. L'énucléation de la tumeur est très facile ; on ne trouve aucune adhérence. Elle est comme enveloppée d'une gangue de tissu cellulaire lâche.

La peau est réunie par des sutures au fil d'argent : on panse avec des compresses phéniquées et on obtient la réunion par

première intention. Il ne survient consécutivement aucune paralysie faciale.

Un an plus tard, la tumeur ayant récidivé, on fit de nouveau l'ablation dans les mêmes conditions. Enfin, six mois plus tard, il y eut une seconde récidive envahissant cette fois la peau et la muqueuse buccale.

Tout fait penser que la tumeur était de nature sarcomateuse.

OBSERVATION VI

Sarcome de la parotide. — Ablation. — Guérison. — Thèse de Rodriguez 1890.

Mme Q. L. âgée de 23 ans, née aux îles Canaries, domiciliée à Caracas, Etats-Unis de Venezuela, se présente le 3 décembre 1889 pour consulter au sujet d'une tumeur qu'elle porte dans la région parotidienne gauche.

Mariée, sans enfants, cette femme paraît chétive et a tous les attributs du lymphatisme. Son père et sa mère sont morts de tuberculose pulmonaire, mais n'ont jamais présenté d'autres accidents pathologiques. Quant à elle, elle n'offre aucun antécédent morbide ; elle n'a point de lésions pouvant faire penser à la syphilis et n'a jamais été atteinte de fièvres paludéennes.

D'après le dire de la malade le début de la tumeur remonte à 12 ans environ. Pendant les 6 premières années, elle ne dépassa pas le volume d'un grain de maïs, c'était une petite grosseur mobile, indolore, siégeant en avant du lobule de l'oreille.

Depuis ce moment l'accroissement a été graduel sans présenter une acuité considérable à un moment quelconque. Actuellement elle a le volume d'une grosse pomme de terre ; elle est très irrégulière, bosselée, de consistance inégale. La peau offre un développement considérable du système veineux et est adhérente à la tumeur sur plusieurs points au niveau desquels elle est amincie, soulevée, violacée.

Pas de douleurs au niveau de la partie envahie, mais seulement des migraines, en rapport sans doute avec l'état anémique de la malade. Pas de paralysie faciale.

L'ablation est pratiquée le 12 janvier 1887 par le Dr Rodriguez. La cicatrisation était complète quatre semaines après l'opération. Une hémiplégie faciale du côté malade fut la suite de l'intervention.

La malade revue plus tard ne présentait aucune récidive ; il y avait tout lieu de croire qu'il s'agissait d'un sarcome de la parotide, en raison de l'âge de la malade, de l'évolution de la tumeur, de l'absence de douleurs et de paralysie faciale avant l'opération, du simple soulèvement du lobule de l'oreille non déroulé.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic en montrant qu'il s'agissait d'un sarcome pur à cellules rondes. Sur plusieurs coupes on voyait du sarcome à l'état adulte, caractérisé par des cellules fusiformes siégeant au milieu d'une trame conjonctive très peu développée.

OBSERVATION VII

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par A. Valette, professeur de clinique chirurgicale. — Ablation d'un sarcome parotidien chez une femme enceinte de 7 mois (1).

La malade s'est présentée une première fois à l'Hôtel-Dieu pour se faire opérer d'une tumeur qu'elle portait à la joue. L'interne chargé de la réception,apprenant qu'elle était enceinte de 4 mois et voyant une tumeur non ulcérée, de volume médiocre, lui dit que l'opération ne pouvait être pratiquée pendant le cours de sa grossesse et lui prescrit de venir se présenter de nouveau si le volume de la tumeur augmentait rapidement.

Deux mois et demi après, elle entrait à la clinique et présentait l'état suivant.

La région parotidienne gauche est occupée par une tumeur ulcérée, bourgeonnante, à bords déjetés en dehors ; elle a le volume du poing, elle est adhérente et immobile sur les tissus profonds, il s'en écoule un liquide extrêmement fétide. La malade accuse d'ailleurs des douleurs assez vives. Le cou est libre de tout engagement ganglionnaire.

En présence des renseignements obtenus et des symptômes observés on diagnostique : sarcome ulcéré développé dans l'épaisseur de la parotide, à marche rapide, devant faire craindre dans un bref délai, un envahissement trop étendu pour que l'opération puisse être tentée. L'indication paraissant urgente, on se

(1) Thèse Rodriguez, Observ. VI.

décide à l'opérer de suite. La malade est anesthésiée à l'éther. La tumeur, cernée par le bistouri, put être extirpée sans trop de désordre. Hémorragie peu abondante. Les filets du facial ont été épargnés en partie, car l'occlusion de l'œil gauche se fait à peu près complètement. Les suites de l'opération ont été très simples et la cicatrisation a marché avec une rapidité insolite.

Elle n'est pas encore complètement achevée aujourd'hui, il reste une petite plaie rose, granuleuse, qui a tout au plus un quart en étendue de la plaie primitive. L'état général est excellent, la marche de la grossesse n'a pas été troublée. Pas le moindre symptôme ne s'est manifesté du côté du ventre, on ne peut regretter qu'une chose, c'est que l'opération n'ait pas été pratiquée deux mois et demi plus tôt, lorsque la malade s'est présentée à l'hôpital pour la première fois.

OBSERVATION VIII

Sarcome de la parotide et de sa glande accessoire par Paul Eve, professeur de chirurgie à l'Université de Washville.

Extrait de : A collection of remarquable cases of surgery Philadelphie. 1875, p. 721. (Thèse Rodriguez. Obs. XII.)

A. K. est une petite fille de 14 ans. A première vue, elle semble avoir deux têtes. Une tumeur sarcomateuse naissant de la tempe droite et s'étendant par en bas jusqu'au menton et en avant jusqu'à la bouche la défigurait absolument. Elle atteignait l'œil droit qu'elle déprimait au point d'abolir la vision. La paro-

tide et sa portion accessoire étaient très augmentées de volume. Cette grosse tumeur était entourée par d'autres petites masses dont la plus grosse recouvrait le muscle buccinateur. De petites tumeurs placées en d'autres parties du corps montraient une diathèse néoplasique, qui, je l'appris depuis, est héréditaire. La mère présente une apparence des plus singulières, elle est depuis sa naissance couverte de petites tumeurs dont les unes atteignent le volume de grosses verrues; les autres pédiculées ont la forme et le volume du doigt. A. K. est la seule de ses 4 enfants qui présente cette affection. Son état général est quelque peu altéré. Sa langue est sale; le pouls fréquent et faible; le sommet de la tumeur a une température plus élevée que celle du corps. Les vaisseaux sanguins qui la recouvrent sont très augmentés de volume. Il y a des douleurs pendant la nuit dans les téguments qui entourent la base de la tumeur. L'enfant se plaint de vertiges et penche habituellement la tête à gauche. Si on s'en rapporte au dire des parents, la tumeur a augmenté de volume sous l'influence d'une variole que l'enfant a eue il y a 4 ans; mais depuis 4 mois elle a augmenté des 3/4 du volume qu'elle présente actuellement. Il y a un mois que l'enfant est soumise à un traitement médical, et depuis ce temps sa santé s'est profondément altérée.

Le 19 janvier l'opération fut faite. L'extirpation fut faite en 8 minutes. Une autre petite tumeur, du volume d'une noisette, siégeant au sourcil, fut aussi enlevée. Aucune ligature d'artères ne fut nécessaire. La malade n'a pas eu de défaillance. La tumeur pesait 1 livre 1/4; la circonférence de la base mesurait 16 pouces 3/4. En ouvrant la tumeur on trouva des parties noires et deux ou trois drachma de sang altéré, d'une couleur chocolat. Après un court sommeil l'enfant s'éveilla sans douleurs. Le soir, le

pouls devint fréquent et la malade se plaignit de nausées. Il ne survint pas d'inflammation et la plaie guérit par première intention. Trois jours après l'opération, en plusieurs endroits, sur une longueur d'un pouce et même davantage la place, était cicatrisée et en 14 jours, à l'exception d'un espace d'un quart de pouce, toute la blessure était fermée.

OBSERVATION IX

Mélanosarcome de la parotide avec dégénérescence mélanique de quelques ganglions parotidiens. (Service de M. Péan, chirurgien de l'hôpital St-Louis).

Le nommé O... âgé de 60 ans, profession de cultivateur, est entré le 7 mars 1890, salle Nélaton, n° 12. Il y a environ 14 mois le malade vit apparaître dans la région parotidienne droite, une tumeur de la grosseur d'une noix, assez superficielle, paraît-il. Il fut opéré il y a environ un an ; c'est à peu près à cette époque que se montra la tumeur qu'il porte actuellement. Elle a augmenté lentement, progressivement, sans occasionner de douleurs.

Le malade n'a pas maigri ; il a conservé de l'appétit, l'état général est bon. Pas d'antécédents héréditaires. A son entrée à l'hôpital, il présente, dans la région parotidienne droite, une tumeur du volume d'une assez grosse pomme, de forme unique, à base profondément retirée. La peau à son niveau est rouge, tendue. Comme limites cette tumeur s'étend verticalement du lobule de l'oreille à un travers de doigt environ au dessous de

l'angle du maxillaire inférieur, comme limite antérieure elle dépasse d'un bon travers de doigt le bord parotidien de la mâchoire. En arrière elle a pris un grand développement et s'étend à 6 centimètres du lobule de l'oreille, sur presque toute son étendue la peau est adhérente : elle offre l'aspect de la peau d'orange. Quand à la tumeur elle-même, bien limitée à la parotide quoique considérable elle est mobile sur les parties profondes.

Comme consistance, la tumeur est très dure en certains points, rénitente en d'autres, presque molle en d'autres points.

Rien de particulier du côté de la cavité buccale, et des amygdales. Pas de rougeur. Depuis que cette tumeur a acquis ce volume considérable, il s'est produit des troubles dans l'audition : le malade se plaint de bourdonnements et de sifflements d'oreilles.

Opération le 8 mars, au chloroforme. Une incision ovalaire circonscrit toute la portion de la peau adhérente. La tumeur est alors fendue dans toute sa longueur, suivant son grand axe. Il ne s'écoule que peu de sang : la coloration de la masse sarcomateuse est noire et sombre dans toute son étendue. Les parties centrales de la tumeur sont enlevées, soit avec le bistouri, soit avec la curette tranchante. Pendant ce temps opératoire, perte de sang insignifiante

Lorsque toute la masse centrale est enlevée, on aperçoit une coque, noirâtre en certains points, blanchâtre en d'autres, assez épaisse ; cette coque est détachée par disection et incision. A mesure qu'une artère donne, elle est pincée ; toute la coque est enlevée sans qu'il se produise d'hémorrhagie. Pendant l'opération, section du nerf facial.

Vers la partie inférieure de la plaie, au cours de l'acte opé-

ratoire, on aperçoit un gros ganglion, parallèle aux vaisseaux carotidiens et situé immédiatement sur eux ; le ganglion est incisé suivant son grand axe, évidé et sa coque est ensuite disséquée avec précaution. Les vaisseaux carotidiens ont pu de la sorte être respectés.

Les suites opératoires ont été des plus simples : la plaie est comblée par bourgeonnement. Toute sa partie inférieure est entièrement cicatrisée, au niveau du lobule de l'oreille, elle offre encore une certaine profondeur, mais les bourgeons charnus ont bon aspect. Il n'y a pas trace de récidive. Le malade a quitté la salle, il vient se faire panser tous les 4 jours.

OBSERVATION X

Sarcome mélanique de la parotide. — Propagation par une veine et un nerf. Repullulation rapide dans les poumons et le foie. (Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1875).

B... Adolphe, 44 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital des cliniques, service de M. Broca, pour une tumeur de la parotide droite.

Aucune maladie antérieure à l'affection actuelle. Le malade, d'une intelligence bornée, n'a pu nous donner des renseignements exacts sur les antécédents pathologiques de sa famille. Nous ne pouvons affirmer qu'il y eut absence d'hérédité parce que le père du malade a succombé à une affection lente que le malade désigne sous le nom vague de mauvais mal.

Le début de la tumeur parotidienne remonte à 8 ou 9 ans et à cette époque parut derrière l'oreille un petit bouton persistant. De ce point de départ la tumeur s'étendit en avant vers la parotide, mais d'une manière très lente. Plusieurs caustiques furent appliqués sans succès.

Actuellement la parotide est envahi entièrement; il existe à son niveau une tumeur du volume d'un œuf de poule, saillante en dehors et qui présente plusieurs prolongements multilobés en avant sur la branche montante du maxillaire inférieur, en bas vers le cou, en arrière vers l'apophyse mastoïde. Ce dernier prolongement refoule le conduit auditif externe. On y remarque un petit bouton d'aspect noirâtre qui fait songer au cancer mélanique.

Il n'existe pas de prolongement vers le pharynx. Cette tumeur ne s'accompagnant pas de vives douleurs inquiétait peu le malade; mais vers le 14 octobre 1875 survint une complication qui le détermina à entrer à l'hôpital ; il se produisit une paralysie complète du facial que traversait la tumeur. Les commissures de la bouche sont tirées vers la gauche, les rides de la joue droite effacée, l'œil est laissé à découvert par la paupière inférieure d'où est résulté de l'épiphora et certain degré de conjonctivite.

La surdité de ce côté est complète. Les organes intérieurs ne présentent pas de signes d'altération. La peau est de teinte jaune paille, l'amaigrissement assez prononcé.

Traitement par la pommade à l'iodure de plomb et des injections de la solution de perchlorure de fer.

En décembre 1875, 2 mois après, la tumeur a presque doublé de volume, malgré le traitement. Il est apparu des phénomènes de dysphagie devenue rapidement complète et d'aphonie absolue ; signes des progrès de la tumeur vers le pharynx.

8 décembre 1875. Le malade s'est amaigri subitement dans l'espace de 2 ou 3 jours, la peau présente une teinte ictérique légère, très visible sur les conjonctives. La face, en outre de la paralysie faciale, offre un aspect grippé ; les joues et les lèvres sont cyanosées, la langue est desséchée, l'appétit est complètement perdu, soif vive, mal satisfaite à cause de la dysphagie. Le foie volumineux et douloureux dépasse les côtes de deux travers de doigt. Il est apparu depuis quelques jours des hémorrhoïdes à l'anus ; une veine est dilatée à droite sur la paroi abdominale; pas d'ascite.

Depuis quelques jours, le malade souffre d'une douleur assez vive au côté gauche de la poitrine, sous le mamelon. La respiration est fréquente, orthopnéique.

Dans toute la poitrine, des râles muqueux sont disséminés, l'expectoration est visqueuse et muqueuse, le pouls est fréquent et petit. Le malade succombe asphyxié.

Autopsie. — La tumeur siège dans la parotide dont le tissu propre n'existe plus qu'à l'état de vestiges en haut et en arrière. Cette tumeur présente une très grande irrégularité; en avant, existe un prolongement qui embrasse les deux faces du masséter; en bas une saillie qui descend vers le sterno-mastoïdien : en dedans un prolongement s'étend jusqu'au pneumogastrique qui n'est pas altéré. A la partie postérieure un prolongement se dirige vers l'apophyse mastoïde.

En outre la tumeur est, par sa partie supérieure, très adhérente au rocher qui est réduit à une mince coque osseuse, dont la cavité est remplie par du tissu dégénéré. La voie suivie par la dégénérescence pour pénétrer dans le rocher paraît être le nerf facial ou le trou mastoïdien. Cette dégénérescence s'est étendue jusqu'aux filets du nerf et fournit un bourgeon qui fait saillie par

l'hiatus de Fallope et adhère à la dure mère en ce point. D'autre part un nouveau prolongement a suivi la veine jugulaire interne et pénètre avec elle dans le trou déchiré postérieur.

Le cerveau est intact. Le nerf facial se trouve placé au fond d'une gouttière profonde qui contourne la tumeur parotidienne d'avant en arrière. Sa branche supérieure est dégénérée et renflée par de petites nodosités blanc-jaunâtre. Aucun des ganglions voisins ne sont dégénérés.

Le poumon est criblé de petites tumeurs du volume d'une noisette, éparses à sa superficie comme dans son intérieur; elles ont détruit plus des 3/4 de sa surface respiratoire. Les plèvres en présentent quelques unes.

Le foie est doublé de volume et criblé. intus et extra, de petites nodosités de même nature, quelquefois très confluentes. Aucun ganglion, ni thoracique, ni abdominal, n'est dégénéré.

La tumeur de la parotide est formée d'une masse dure, de couleur blanche mêlée de taches noirâtres mélaniques. Les tumeurs du foie et du poumon, composées d'un tissu assez résistant, sont toutes blanches et sans pigmentation.

La structure microscopique de ces tumeurs est celle d'un sarcome fasciculé à cellules fusiformes. Les cellules qui correspondent aux points mélaniques sont remplies de granulations noires. Remarquons l'absence de ganglions dégénérés et la non repullulation du pigment mélanique.

OBSERVATION XI

Tumeur de la région parotidienne. — Hôpital Saint-André, Bordeaux. — Service de M. Lannelongue à Bordeaux. — In thèse Branlat, Paris 1874.

X.... homme de 45 ans, entre à l'hôpital avec une tumeur parotidienne du volume d'une orange, mamelonnée, de consistance dure ici, ramollie là. Peau amincie et très vascularisée, peu de mobilité profondément, mais l'amygdale n'étant pas repoussée, M. Lannelongue se décide à opérer, à cause des douleurs atroces.

La dissection de la tumeur fut très laborieuse et très profonde sans diviser la carotide.

Guérison sans accidents.

La tumeur examinée était composée par de la fibro-plastie mélanique et comme toujours dans les tumeurs de cette nature, la récidive suivit de près la cicatrisation et le malade mourut bientôt avec d'atroces douleurs.



Conclusions

1° Le sarcome pur de la parotide est rare et, le plus souvent, il s'agit de tumeurs mixtes à évolution sarcomateuse.

2° Le sarcome de la parotide se développe presque toujours chez des sujets jeunes et chez des adultes.

3° Le sarcome est au début encapsulé et reste ainsi pendant longtemps ; ce qui explique sa marche relativement lente et ses caractères cliniques qui sont pendant longtemps ceux d'une tumeur bénigne.

4° On peut en diviser l'évolution en trois périodes : Période de début ou de douleurs avec très petite tumeur. Période d'état ou de tumeur non ulcérée. Période d'ulcération et de cachexie par généralisation.

5° La paralysie faciale est rare, et en tout cas très tardive.

6° L'engorgement ganglionnaire ne s'observe jamais au début, et très rarement plus tard.

7° On peut considérer des formes suivant l'âge, l'évolution, suivant surtout la nature histologique. Le plus grave

est le sarcome mélanique, dont la marche est très rapide et qui s'accompagne de paralysie faciale et d'engorgement ganglionnaire, se comportant comme un cancer épithélial.

8° Le pronostic est favorable chez les individus âgés et dans les formes à évolution lente. On peut espérer par l'opération une guérison sans récidive.

9° Le diagnostic est souvent très difficile et, en aucun cas, on ne sera autorisé à porter le diagnostic de sarcome pur, car l'examen histologique des cas semblants les plus nets est souvent venu apporter un démenti.

10° Le traitement sera l'extirpation, qu'on doit faire complète.

Vu :
Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu ;
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Index Bibliographique

A. Bérard. — Des opérations que réclament les tumeurs développées dans la région parotidienne. Paris 1841 (concours).

Delorme. — Art. parotide. Nouv. dict. de médecine et de chirurgie pratique. Paris, 1878, t. XXVI.

Branlat. — Histoire des tumeurs parotidiennes. Paris, 1874.

Demarquay. — Observations et considérations sur les tumeurs parotidiennes et sur leur ablation. Union médicale. Paris 1857, XI.

Rodriguez. — Thèse Paris, 1890.

Pérochaud. — Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires. Thèse Paris, 1884.

Bezançon. — Tumeur myxo-sarcomateuse de la parotide. Bullet. de la Société anatomique de Paris : année LXV. Série V, t. IV, fasc. 11.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie.

Favenc.— Tumeurs de la parotide, 1856. Paris.

Pilliet. — Tumeur mixte de la parotide. Bull. Société anatomique, 1887, p. 540.

Follin et Duplay. — Pathologie externe.

Michaux P. — Contribution à l'étude du carcinome de la parotide. Thèse de Paris, 1883.

Hartmann. — Société anatomique, 1895.
Le Dentu. — Etudes de clinique chirurgicale. Paris, 1892.
Trélat. — Clinique chirurgicale. Paris 1871, tome I.
Minelle. — Thèse de Paris, 1896.
Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Paris. — JOUVE et BOYER, Imprimeurs, 15, rue Racine.